Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der
Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. H. Schuermann

MUNDSCHLEIMHAUTBETEILIGUNG BEI DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wilfried Boegner
aus Gundelfingen/Donau

Würzburg 1957

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549803_0008

Aus der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der
Universität Würzburg
Vorstand: Professor Dr. med. H. Schuermann

MUNDSCHLEIMHAUTBETEILIGUNG BEI DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING

I N A U G U R A L - D I S S E R T A T I O N

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Julius - Maximilians - Universität Würzburg

zur

Erlangung der zahnmedizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wilfried Boegner
aus Gundelfingen/Donau

Würzburg 1957

Referent: Professor Dr. med. H. Schuermann

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der mündl. Prüfung:
21. Juni 1967.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

MEINEN LIEBEN ELTERN IN DANKBARKEIT

INHALTSVERZEICHNIS.

		Seite
I.	Einleitung	1
II.	Die klinischen Erscheinungen der Dermatitis herpetiformis Duhring	4
III.	Die Mundschleimhautveränderungen bei Dermatitis herpetiformis Duhring	6
IV.	Die Lokalisation der Mundschleimhautveränderungen	9
V.	Anteil der Lebensalter bei Dermatitis herpetiformis Duhring mit Mundschleimhautbeteiligung	11
VI.	Der zeitliche Befall der Mundschleimhaut gegenüber dem Auftreten der Effloreszenzen in der Haut	13
VII.	Die Differentialdiagnose der Dermatitis herpetiformis Duhring mit Mundschleimhautbeteiligung	14
VIII.	Eigenes Krankengut der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Würzburg	18
IX.	Zusammenfassung	23
X.	Literaturverzeichnis	I

EINLEITUNG.

Die Dermatitis herpetiformis wurde 1884 von Louis A. Duhring erstmals unter diesem Namen beschrieben. Dies geschah zu einem Zeitpunkt, an dem die allgemeine Verwirrung über die bullösen Hauterkrankungen ihren höchsten Gipfel erreicht hatte (Brocq). Vor allem lag das an der Vielgestaltigkeit der bullösen Eruptionen und außerdem war die Terminologie dieser Krankheiten noch durchaus ungenügend: Es wurden unter den verschiedenartigsten Namen dieselben Krankheiten beschrieben und umgekehrt wurden weit auseinanderliegende Krankheitsformen zu einer Gruppe vereinigt. Die Wiener Schule hatte bis dahin die Dermatitis herpetiformis Duhring mit dem chronischen Pemphigus und dem Erythema exsudativum multiforme verwechselt. Die älteren französischen Autoren hatten sie als kleinblasigen Pemphigus, prurigmösen Pemphigus, Arthritide bulleuse und Hydroa bullosa (Bazin) bezeichnet. Nodet hat sie schon 1880 vom echten Pemphigus getrennt und ihr den Namen pemphigoides, polymorphes Erythem gegeben und die Engländer bevorzugten im Anschluß an Tilbury und Calcott Fox den Namen Hydroa herpetiformis.

Duhring hatte die Notwendigkeit, einen besonderen Krankheitstypus aufzustellen, richtig erkannt; er erwähnte aber eine Munschleimhautbeteiligung in keiner Weise. Nun war es ganz besonders Brocq, der diese Dermatose 1888 unter dem Namen Dermatite polymorphe douloureuse à poussées successives sehr ausführlich beschrieb und auf eine mögliche Mundschleimhautbeteiligung hinwies. Neben den Erkenntnissen Bazins führte er von Vidal und Weber beobachtete Fälle an und stellt fest, daß von 10 Kranken 4 Mundschleimhauterscheinungen aufzeigten.

In der Folgezeit ist es MacLeod (1915), der sich mit den pemphigoiden Eruptionen ausführlich befaßt und folgende Ergebnisse findet: Die Schleimhäute sind bei typischer Dermatitis herpetiformis Duhring nicht befallen. Es gibt jedoch Ausnahmen und von den analysierten 100

Fällen war die Mucosa 22 mal mitbeteiligt. 10 mal war die Mundschleimhaut - besonders die Schleimhaut der Wangen und der Lippen - befallen, und 2 mal begann die Krankheit im Mund. 11 mal war die Genitalschleimhaut mitbeteiligt und 1 mal begann sie in der Vulva.

Krzysztalowicz und Grzybowski (1927) haben bei 19 Kranken mit Dermatitis herpetiformis Duhring 9 mit Schleimhautveränderungen an Mund, Nase und Augenbindehaut beobachtet. Sie stellten fest, daß die Veränderungen meist zu Beginn der Krankheit und seltener während des späteren Verlaufs auftreten.

Gougerot (1930) beobachtete bei 8 Patienten im Verlauf mehrerer Jahre das Auftreten von lediglich 1 oder 2 Blasen auf der Mundschleimhaut oder am Körper bzw. gemeinsam auf der Mundschleimhaut und am Körper. Er weist darauf hin, daß diese isoliert auftretenden Blasen die Vorboten eines schweren Krankheitsschubs sein können.

Willbrand (1931) untersuchte 12 Patienten mit Dermatitis herpetiformis Duhring und fand darunter 1 Fall mit Mundschleimhautbeteiligung, die dem Patienten bei der Nahrungsaufnahme quälende Schmerzen bereitete.

Grouven (1935) und A. Jordan (1935) bestätigten bei einer klinischen Umfrage nach dem schließlichen Ausgang der Dermatitis herpetiformis Duhring eine Schleimhaut- bzw. Mundschleimhautbeteiligung. A. Jordan betont dabei, daß es Fälle gibt, die trotz Befallenseins der Mundschleimhaut harmlos verlaufen.

Miescher (1937) berichtet von 36 Kranken, wovon 7 eine Mundschleimhautbeteiligung aufwiesen.

Preben Hansen (1937) untersuchte 120 Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, von denen 14 Erscheinungen im Mund, an der Zunge oder an der Innenseite der Wangen zeigten.

Goodman (1942) berichtet von 15 Patienten, wobei die Mundschleimhaut 1 mal mitbefallen war.

O'Leary (1943) sah mit wachsender Häufigkeit Patienten, die bullöse Veränderungen der Schleimhäute aufwiesen. Die bullösen Hautveränderungen traten dabei erst später auf, um mit einem Niederlassen (settling down) der Krankheit einen gutartigen, verlängerten Verlauf zu nehmen. Wegen der Gutartigkeit - im Gegensatz zu der Virulenz des Pemphigus - sieht er sich veranlaßt, die Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring zu stellen. Wenn dem so sei, sind Veränderungen der Schleimhäute bei dieser Dermatose nicht mehr ungewöhnlich. Die Trennung der beiden Krankheiten mache in jedem Falle mehr Schwierigkeiten.

Watrin und Jeandidier (1951) berichten von 12 Dermatitis herpetiformis Duhring-Kranken, von denen 3 eine Mundschleimhautbeteiligung zeigten. In einem Fall traf dies mit einem schweren Krankheitsbild zusammen.

DIE KLINISCHEN ERSCHEINUNGEN DER DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING.

Die Dermatitis herpetiformis Duhring ist ein seltenes Hautleiden, die Ursache ist unbekannt. Dem Ausbruch der Krankheit gehen manchmal, aber durchaus nicht immer Prodromalsymptome voraus, die in Mattigkeit, Abgerungenheit, Kopfschmerzen, Hitze- und Kältegefühl, Fieber u. ä. bestehen können. In ihrer typischen Form ist diese Dermatose scharf charakterisiert, wobei sie 4 Kardinalsymptome zeigt:

(1) Polymorphie der Erscheinungen,
(2) chronischen Verlauf, Auftreten in Schüben,
(3) schmerzhaftes Jucken,
(4) geringe oder fehlende Beeinträchtigung des Allgemeinzustandes.

Ganz besonders ist es die Polymorphie der Erscheinungen, die der Dermatitis herpetiformis Duhring eine einzigartige Stellung verleiht: Erytheme, Blasen, Pusteln und Papeln können die vielfältigsten Kombinationen miteinander eingehen oder auch nur einzeln das Krankheitsbild beherrschen. Auch kann jeder neue Schub ein ganz anderes Bild zeigen, wobei dann irgendeine der genannten Varietäten in den Vordergrund tritt. Hinzu kommt eine gruppenförmige, symmetrische Anordnung der Effloreszenzen, die dieser Krankheit den ihr eigenen herpetischen Charakter verleiht. Durch zentrale Rezidive kann es zur sog. Iris- oder Kokardenform kommen, wobei sich die meist vorwiegenden Blasen namentlich an den Rändern und im Zentrum dieser Formen entwickeln.

Die Lokalisation ist vorzugsweise symmetrisch am Rumpf und an den Extremitäten, es kann jedoch auch der ganze Körper in größtem Umfang mit Effloreszenzen übersät sein.

Beim Abheilen hinterlassen diese Effloreszenzen bräunliche Hyperpigmentierungen, oder auch depigmentierte Stellen, und von der sub-

epidermalen Lage der Blasen herrührende Närbchen. Ferner können Exkoriationen zusammen mit beträchtlicher Verdickung der Haut infolge Kratzens auftreten.

DIE MUNDSCHLEIMHAUTVERÄNDERUNGEN BEI DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING.

Bei Durchsicht der zur Verfügung stehenden in- und ausländischen Literatur fanden sich 928 Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring, von denen 73 (7,86 %) eine Mundschleimhautbeteiligung aufwiesen. Bei der Auswertung der Berichte gelangte ich zu folgenden Ergebnissen:

Im Gegensatz zu den polymorphen Erscheinungen an der Haut manifestieren sich die Mundschleimhautveränderungen primär fast ausschließlich in Blasen, während die erythematöse Form nur außerordentlich selten zu beobachten ist. Den Mundschleimhautveränderungen können hierbei prodromale Symptome vorausgehen, die sich vorzüglich durch leichtes Brennen der Mundschleimhaut an den Stellen, auf denen später die Effloreszenzen entstehen, auszeichnen (Scheer). In schweren Fällen kann es zu Heiserkeit oder sogar zu teilweiser oder vollständiger Aphonie führen, da hierbei die Rachen- und Kehlkopfschleimhaut mitbeteiligt sein kann (Nicolas, Lebeuf, Michel).

Die Unterscheidung der Effloreszenzen in Vesiculae und Bullae scheint in der verwendeten Literatur vor allem eine Frage der Größe zu sein und es muß hier auf diese Tatsache hingewiesen werden. Civatte stellt fest, daß in der Histologie die Unterscheidung zwischen Vesicula und Bulla mehr als nur ein Größenunterschied ist: es sind verschiedene Strukturen. Bei der Duhring-Effloreszenz handelt es sich, ob groß oder klein, immer um eine Bulla. Die Vesicula liegt immer intraepidermal und subcorneal, die Bulla subepidermal. Das Charakteristikum der Dermatitis herpetiformis Duhring ist die subepidermale Blase.

Die kleinsten Blasen schwanken zwischen der Größe eines Stecknadelkopfes und einer kleinen Erbse, während die größeren Blasen eine sehr beachtliche Ausdehnung erreichen können, nämlich bis zu Daumenspitzen- und Walnußgröße (Minami, Seigo und Heihachiro Tamura, Goodman).

Der Inhalt der Blasen ist anfangs meist klar oder wässrig und wird dann trübe. In selteneren Fällen wurde auch ein hämorrhagischer Inhalt beobachtet (Gougerot, P. Blum und Frumusan).

Die Lebensdauer dieser Effloreszenz ist im allgemeinen sehr kurz. Sie platzt schnell durch die vielgestaltigen physikalischen Einflüsse bei der Nahrungsaufnahme, wie Kaubewegungen und Schluckakt. An Stelle der Effloreszenz findet man dann mehr oder weniger ausgedehnte runde, ovale oder längliche Epitheldefekte in Gestalt von circumscripten, geröteten und nässenden Stellen die sehr leicht bluten. Oft sind diese Stellen noch mit Epithelfetzen, den Resten geplatzter Blasen, bedeckt, die sich jedoch bald ablösen. Häufig findet man auch weißlichgraue diphtheroide Beläge, die alle Schattierungen bis dunkelrotbraun annehmen können. Hier und da kann es auch zu langdauernden Geschwürsbildungen kommen, die für den Patienten sehr schmerzhaft sein können, besonders wenn die einzelnen Epitheldefekte miteinander konfluieren und einen mehr oder weniger großen Teil der Mundschleimhaut bedecken (Krzysztalowicz u. Grzybowski; Nicolas, Lebeuf, Michel).

Außer den genannten Blasen und der seltenen erythematösen Varietät wurde von Tschopp eine vegetierende Mundschleimhautform der Dermatitis herpetiformis Duhring beschrieben, wobei er auch eine Beobachtung von Hallopeau-Brodier anführt. Sie begann mit Bläschenbildung im Mund und später waren an der Mundschleimhaut höckerige, hochrote Erosionen und circinäre, hypertrophische mit gelblich-nekrotischen Höckerchen dichtbesetzte Stellen zu sehen.

Als weitere seltene Mundschleimhautveränderung berichtet Naegeli leukokeratotische Veränderungen, die er bei mehreren Patienten beobachtet hat.

Jossel sah eine dünne, streifige Leukoplakie an der den Zähnen entlangliegenden Wangenschleimhaut.

Sézary, Guédé, Dérot beobachteten eine sog. Botryomykose der Mundhöhle auf Geschwüren bei Dermatitis herpetiformis Duh-

ring. An keinem einzigen Hautherd bildete sich ein Botryomykom, sondern nur an den Schleimhauteffloreszenzen.

Die Abheilung der Effloreszenzen erfolgt meist unter Bildung von bräunlichen Pigmentflecken, deren Entstehungsweise aus Effloreszenzen über Erosionen sich teilweise unmittelbar verfolgen läßt (Huet, Léon, Horowitz u. Lotte).

DIE LOKALISATION DER MUNDSCHLEIMHAUTVERÄNDERUNGEN.

Die Schleimhautveränderungen können sich an jeder Stelle im Mund zeigen. Die kleinsten Blasen finden sich vorzüglich an der Schleimhaut der Zungenspitze, der Lippen und an der Gingiva, während die großen Blasen des öfteren die Wangenschleimhaut und den harten und weichen Gaumen bevorzugen. Bei 38 Patienten war keine nähere Lokalisation der Mundschleimhautveränderungen angegeben. Bei den verbleibenden 35 Fällen errechnet sich die zahlenmäßige und prozentuale Beteiligung folgendermaßen:

Tabelle I: Lokalisation der Effloreszenzen an der Mundschleimhaut bei Dermatitis herpetiformis Duhring. Zum Vergleich ist die von Gasser ermittelte Lokalisation der Effloreszenzen an der Mundschleimhaut bei Pemphigus chronicus angefügt.

Lokalisation	Zahl der Patienten	proz. Anteil der Patienten	proz. Verteilung bei Pemphigus chronicus (Gasser)
Gaumen	18	51,4 %	26,99 %
Schleimhaut der Wangen	16	45,7 %	29,65 %
Zunge	14	40,0 %	26,10 %
Gingiva	3	8,5 %	11,5 %
Schleimhaut der Lippen	2	5,7 %	27,43 %
Tonsillen	2	5,7 %	7,5 %
Tuber maxillae	1	2,8 %	-
Gaumenbögen	1	2,8 %	-
Uvula	1	2,8 %	5,7 %

Aus Tabelle I ist zu ersehen, daß die Gaumenschleimhaut bei mehr als der Hälfte (51,4 %) der Patienten den bevorzugten Sitz der Mundschleimhautveränderungen bildet. Die Schleimhaut der Wangen ist bei fast der Hälfte (45,7 %) mitbefallen, während die Zunge bei 2 /5 der Kranken beteiligt ist. Die Schleimhaut der Gingiva und der Lippen, die Tonsillen, die Uvula, die Tubera maxillae und die Gaumenbögen weisen einen verhältnismäßig seltenen Befall auf.

ANTEIL DER LEBENSALTER UND DER GESCHLECHTER BEI DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING MIT MUNDSCHLEIMHAUTBETEILIGUNG.

Die Alters- und Geschlechtsverteilung der 73 analysierten Fälle von Dermatitis herpetiformis Duhring mit Mundschleimhautbeteiligung zeigt die nächste Tabelle. Zum Vergleich sind die von Batzner gefundenen Werte über die Altersverteilung bei Dermatitis herpetiformis Duhring angefügt.

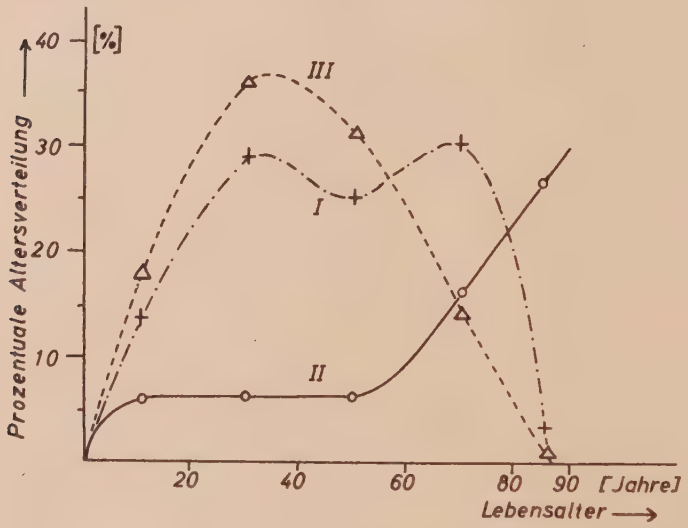
Tabelle II: Alters- und Geschlechtsverteilung bei 73 Kranken mit Mundschleimhautbeteiligung bei Dermatitis herpetiformis Duhring.

Alter	Frauen	Männer	Insges.	Prozentuale Altersbeteiligung	Altersbeteiligung in % bei D. h. D. (nach Batzner)
0-19	5 + 2	3	10	13.7	17.9
20-39	15	6	21	28.8	36.1
40-59	11	7	18	24.7	31.1
60-79	10	12	22	30.1	14.1
80-89	1	1	2	2.7	0.8
	42 + 2	29	73		

Aus dieser Tabelle ist zu ersehen, daß Frauen häufiger als Männer eine Mundschleimhautbeteiligung aufweisen; das Verhältnis ist bei Außerachtlassen der 2 Kranken, bei denen sich die Geschlechtszugehörigkeit nicht ermitteln ließ ♀ 59.2 %: ♂ 40.8 %. Der absolut häufigste Befall ist vom 4. bis zum 8. Lebensjahrzehnt zu finden.

Stellt man die ermittelten Werte der Altersverteilung bei Patienten mit Mundschleimhautbeteiligung in einer Kurve dar und bringt man in

einer zweiten Kurve diesen absoluten Befall der Mundschleimhaut in Relation zu den von Batzner über die Altersverteilung bei Dermatitis herpetiformis Duhring gefundenen Werten, so ergibt sich folgendes Bild:



Kurve I: absoluter Befall der Mundschleimhaut bei Dermatitis herpetiformis Duhring.

Kurve II: relativer Befall der Mundschleimhaut bei Dermatitis herpetiformis Duhring.

Kurve III: Altersverteilung bei Dermatitis herpetiformis Duhring (nach Batzner).

Die Kurven I und II bringen den Unterschied zwischen absolutem und relativem Befall der Mundschleimhaut sehr deutlich zum Ausdruck: Kurve I stellt die prozentuale Altersverteilung der Patienten mit Mundschleimhautbeteiligung dar, während Kurve II - unter Beziehung auf die von Batzner ermittelten Werte (Kurve III) - den Anteil dieser Patienten an Dermatitis herpetiformis Duhring allgemein zeigt. Aus dieser Kurve ist zu entnehmen, daß Patienten jenseits des 50. Lebensjahres in weit größerem Maße dazu neigen bei einer Erkrankung an Dermatitis herpetiformis Duhring eine Mundschleimhautbeteiligung aufzuweisen. Im Kindes- und jugendlichen Alter dagegen findet sich - worauf auch Bogdanovič hinweist - eine nur seltene Mundschleimhautbeteiligung.

DER ZEITLICHE BEFALL DER MUNDSCHLEIMHAUT GEGENÜBER DEM AUFTRETEN DER EFFLORSZENZEN IN DER HAUT.

Tabelle III soll das zeitliche Auftreten der Mundschleimhautveränderungen gegenüber den Hauterscheinungen aufzeigen. Ein isolierter, ausschließlicher Befall der Mundschleimhaut hat sich in keinem der 73 Beobachtungen gefunden (Mescerski: in 2 Fällen von Dermatitis herpetiformis waren die Schleimhäute isoliert bzw. fast isoliert befallen).

Die Mundschleimhaut kann jedoch schon sehr frühzeitig befallen sein und es fanden sich Berichte, bei denen die Mundschleimhautveränderungen den Erscheinungen an der Haut bis zu 2 Jahren vorausgingen (Sézary, Guédé, Dérot; Twiston-Davies; Dahmen; Nicolas, Lebeuf, Michel). Bei fast 3/4 der Erkrankten traten jedoch die Mundschleimhautveränderungen erst nach dem Befall der Haut auf. Meist geschieht das verhältnismäßig bald nach dem Auftreten der Hauterscheinungen, aber es sind auch viele Fälle bekannt, bei denen erst nach Monaten und sogar Jahren die Mundschleimhaut beteiligt war. Das gleichzeitige und das spätere Auftreten der Mundschleimhauterscheinungen gegenüber den Hauterscheinungen geschieht meist im Rahmen eines Schubes, während die den Hauterscheinungen vorausgehenden Mundschleimhautveränderungen aus nur einigen wenigen kleinen Blasen bestehen können, die als Vorboten eines allgemeinen, nach Gougerot sogar schweren Krankheitsausbruchs betrachtet werden können.

Tabelle III: Zeitliches Auftreten der Mundschleimhautveränderungen gegenüber den Hauterscheinungen.

	Zahl der Patienten	prozentualer Anteil der Patienten
Zuerst Mundschleimhaut dann Haut	9	12,3
Mundschleimhaut und Haut gleichzeitig	11	15,1
Zuerst Haut, dann Mundschleimhaut	53	72,6

DIE DIFFERENTIALDIAGNOSE DER DERMATITIS HERPETIFORMIS DUHRING MIT MUNDSCHLEIMHAUTBETEILIGUNG.

Die Mundschleimhautveränderungen bei Dermatitis herpetiformis Duhring zeigen nach Kumer klinisch keinerlei Unterschied gegenüber denen bei Pemphigus chronicus vulgaris.

Nach Stühmer entstehen Bilder, die dem Pemphigus recht ähnlich sehen.

Bei der Dermatitis herpetiformis Duhring besteht im Vergleich zum Pemphigus chronicus vulgaris ein wesentlicher Unterschied dahingehend, daß die Blasendecke bei der Dermatitis herpetiformis Duhring - bedingt durch die subepidermale Lage der Blase - von relativ derber Beschaffenheit ist.

Dies erlangt eine besondere Bedeutung, wenn man sich vergegenwärtigt, daß sich - wie Schuermann ausführt - der Pemphigus chronicus vulgaris bei 1/3 aller Fälle zunächst allein an der Mundschleimhaut zeigt, bei einem weiteren Drittel tritt er an der Haut und Schleimhaut gleichzeitig auf, bei 1/5 aller Kranken besteht ein solcher Befall isoliert bis zum letalen Ende und nur bei etwa 13 % fehlen Mundschleimhautveränderungen überhaupt. Wegen der außerordentlich verschiedenen Prognose dieser beiden Krankheiten ist es deshalb wichtig, schon möglichst frühzeitig eine genaue Differentialdiagnose zu stellen.

Nachdem der Versuch, bei der Dermatitis herpetiformis Duhring durch Gaben von Jod und Brom einen künstlichen Schub zu provozieren, keine Eindeutigkeit erbrachte und auch die vielfach sowohl im Blut als auch im Blaseninhalt beobachtete hohe Anzahl eosinophiler Zellen sich als sehr inkonstant erwies, versuchten Civatte und Tzanck diese Frage sowohl histopathologisch als auch cytologisch zu lösen. Sie gaben eine genaue Beschreibung der nur beim Pemphigus auftretenden charakteristischen Zellveränderungen: Es kommt im Bereich der Stachelzellschicht zur sog. Akantholyse. Die Blasengrundabstriche (Tzanck-Test) zeigen dicht, aber lose nebeneinander liegende Zellen der Stachelzell-

schicht der Epidermis. Der Zellverband ist hierbei also bereits aufgelöst. Die Zellen zeigen Degenerationserscheinungen, sie sind aufgebläht und haben ihre Ausläufer verloren. Die Zellkerne sind gequollen und das Plasma ist charakteristischerweise in seinen Randpartien stärker angefärbt, so daß ein deutlich perinucleärer Hof besteht. Diese Veränderungen finden sich nur beim Pemphigus, nicht dagegen bei anderen bullösen Hauterkrankungen. Sie sind daher bei der Abgrenzung des Pemphigus chronicus vulgaris insbesondere gegenüber der Dermatitis herpetiformis Duhring von großem differentialdiagnostischem Wert, vor allem dann, wenn auf Grund eines - wenn auch nur anfänglichen - isolierten Befalls der Mundschleimhaut die Diagnosestellung nicht immer eindeutig möglich ist (Civatte; Director; Hauser; Kemper; Tzanck; u.a.).

Die Pemphigusblase entsteht im Stratum Malphigii der Epidermis, während das Charakteristikum der Dermatitis herpetiformis Duhring die subepidermale Blase ist (Civatte). Aus diesem intraepidermalen Sitz der Pemphigusblase erklärt sich auch die Abheilung der Efloreszenz ohne Narbenbildung gegenüber den für die Dermatitis herpetiformis typischen, von der subepidermalen Lage der Blasen herrührenden Närbchen (Hauser). Director weist jedoch darauf hin, daß es schwierig ist, den Sitz der Blasen histologisch zu bestimmen, da je nach Lage des Schnittes (durch das Zentrum der Effloreszenzen oder durch deren Randpartien) man auch bei subepidermalen Blasen gegebenenfalls (nämlich in deren Randzonen) nur epidermale Anteile treffen kann.

Verschiedene Autoren, wie Meirowsky und Ostrowski, berichten von einem positiven Nikolskyschen Zeichen bei Dermatitis herpetiformis Duhring mit Mundschleimhautbeteiligung. Rabello, Portugal, Azulay und Woringer weisen jedoch darauf hin, daß das echte Nikolskysche Zeichen durch Akantholyse bedingt ist und sich hierbei die obersten Epidermisschichten lösen, während das bei Dermatitis herpetiformis Duhring zu beobachtende Phänomen durch Abhebung der ganzen Epidermis von der Cutis zustandekommt.

Die Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring ist bei Mundschleimhautbeteiligung immer erschwert und kann oftmals erst im weiteren Verlauf der Krankheit gestellt werden.

Bei Durchsicht der Literatur fand sich ein Bericht von Watrin und Jeandidier bei dem der Patient schwere Allgemeinerscheinungen aufwies. Im übrigen war keine Verschlechterung des Allgemeinzustandes - abgesehen von den rein subjektiven, durch die Mundschleimhautveränderungen selbst hervorgerufenen Beschwerden - zu beobachten. Im Gegensatz zum Pemphigus chronicus vulgaris haben die Mundschleimhautveränderungen bei Dermatitis herpetiformis Duhring außerdem meist die Tendenz in kurzer Zeit unter Bildung von Hyperpigmentierungen spontan abzuheilen.

Als Beispiele möchte ich folgende Veröffentlichungen aus der Literatur anführen:

(1) Sézary, Guédé, Dérot:

Botryomykose der Mundhöhle auf Geschwüren bei Dermatitis herpetiformis.

35 jähr. Kranke. Dermatitis herpetiformis begann vor 3 Jahren mit isolierten, sehr schmerzhaften Blasen an der linken Wangenschleimhaut. 2 Jahre später Generalisierung mit Bläschen und Blasen, erythematösen Flekken, Jucken, Eosinophilie im Blut usw. Schubweises Auftreten. Verschwinden der Erscheinungen nach 16 Azetylarsanspritzen. Inzwischen waren am linken Zungenrand granulomatöse Wucherungen aufgetreten die weich und spontan nicht schmerzhaft waren, jedoch bei den Bewegungen der Zunge schmerzten, Sprache und Nahrungsaufnahme behinderten und bei der leisesten Berührung bluteten. Eine ähnliche Bildung fand sich an der linken Wangenschleimhaut und am rechten Zungenrand. Die Größe schwankte zwischen Erbse und Haselnuß. Stielbildung nicht deutlich.

Histologisch: Typisches Botryomykom mit zahlreichen neugebildeten Gefäßen. An keinem einzigen Hautherd hat sich ein Botryomykom gebildet, sondern nur an den Schleimhauteffloreszenzen.

(2) Weissenbach und Bouwens:

Dermatitis polymorpha Duhring - Brocq bei einem 89 jährigen Mann.

Am ganzen Körper eines 89 jährigen, bisher gesunden Hirten besteht seit einigen Monaten eine blasige Eruption ohne Basisrötung. Verschiedenste Entwicklungsgrade sind sichtbar: Pralle, schlaffe und geplatzte Blasen, krustenbedeckte Herde, auch erosive und nässende Stellen. Die Mund- und Rachenschleimhaut weist gleichsinnige Veränderungen auf.

(3) Hämel, J. Deutsche Med. Wissensch. Gesellsch. f. Dermat. und Vener. in Thüringen, Sitzg. vom 14. Febr. 1953:

Dermatitis herpetiformis bei einem 47 jährigen Mann.

Völlige Versteifung der großen Gelenke nach schwerer Polyarthritis rheumatica 1941. Herbst 1952 mehrfache oberflächliche Hautverletzungen am Unterschenkel bei Massage mit folgenden Blasenbildungen. Später Auftreten von neuen Blasen an Fußsohlen und Handtellern, Aufschießen von Knötchen, Ausbildung ausgedehnter Rötungen und Schwellungen auch am Stamm. Schließlich Blaseneruptionen am Gaumen.
Aufnahmebefund: Befallen ist der ganze Körper. Neben einer Vielzahl von stecknadelkopfgroßen Knötchen, prallen und schlaffen Blasen von Linsen- bis Walnußgröße und darüber, die z. T. einen wasserklaren, z. T. einen blutigen Inhalt haben, finden sich geplatzte Blasen und

Reste von Blasendecken mit ausgedehnten Exkoriationen (Schulter- und Achselgegend). Am Bauch und Rükken figurierte erythematöse Plaques von urticariellem Charakter. In der Unterbauchgegend schmutzige krustöse Auflagerungen. Flächenhafte Ablösung der Haut an Hohlhänden und Fußsohlen. An der Wangenschleimhaut und Gaumen graue Beläge und Reste geplatzter Blasen. Nikolski -, Jodprobe -, im Blasenausstrich 45 % Eos., histologische Bestätigung der Diagnose Dermatitis herpetiformis Duhring.

Abschließend möchte ich über die in der Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten in Würzburg beobachteten Patienten berichten:

Vom 1. Januar 1952 - 15. März 1957 wurden 121 Kranke mit Dermatitis herpetiformis Duhring gezählt. Davon wurden 58 stationär bzw. längere Zeit und 63 ambulant in nur wenigen Vorstellungen beobachtet. Unter den 58 länger beobachteten Patienten wiesen 5 eine Mundschleimhautbeteiligung auf, während sich unter den 63 nur wenige Male zur Untersuchung gelangten Patienten 1 Kranker mit Mundschleimhautbeteiligung fand.

Die klinische Diagnose wurde durch wiederholten Blasengrundabstrich (Tzanck-Test) und histologische Untersuchung der Blasen gesichert.

(1) L., Maria, 47 jährig (Kr. Bl. Nr. 54/1773).
Befallen ist nahezu die ganze Hautdecke. Frei von Erscheinungen ist lediglich das Gesicht. Auf dem behaarten Kopf, außer vereinzelten, bis linsengroßen mit Schuppenkrusten bedeckten Erythemen, keine Besonderheiten. Im Bereich des Stammes sind ausgedehnte, aus zahlreichen Knötchen bestehende, teilweise leicht urticarielle Erytheme in symmetrischer Anordnung lokalisiert, die in der Kreuzbein- und Bauchgegend die größte Intensität

aufweisen. Im Bereich der Schultern und an den seitlichen Partien des Stammes finden sich innerhalb dieser beschriebenen Erytheme zahlreiche, bis kirschkerngroße frische Blasen neben zerplatzten Blasen und mit Schuppenkrusten bedeckten Blasenresten. Im Bereich der Extremitäten finden sich ebenfalls ausgedehnte, entzündliche Erytheme, jedoch ist die Blasenbildung hier in dichter Anordnung jeweils auf entzündlich veränderter Haut, wobei die Blasen bis kastaniengroß sind. Während die Handteller frei von Veränderungen sind, finden sich zahlreiche Blasen auch auf beiden Fußsohlen, hier im Bereich gesunder Haut, wie auch auf beiden Fußrücken frische Blasen auf gesunder Haut zu erkennen sind. Auf der Innenseite beider Oberschenkel sowie auch auf den Außenseiten, weniger am Unterbauch, finden sich kreisrunde, kokardenähnliche urticarielle Erytheme, die bis Handtellergröße erreichen. Das Zentrum dieser Veränderungen weist jeweils einen grauen Farbton auf, nach außen folgt eine blaurote Zone, während der äußerste Rand entzündlich rot ist. Vereinzelt ist das Zentrum dieser eben beschriebenen Herde blasig abgehoben. Mehrere gut verschiebliche Lymphknoten in beiden Axillen- und Leistenbeugen. Im Bereich der Gingiva am Rande der Zahnhälse 2 1 - entzündlicher Randsaum von weinroter Farbe, der vereinzelte, knapp stecknadelkopfgroße Bläschen erkennen läßt.

(2) K., Karl, 67 jährig (Kr. Bl. Nr. 53/935).
Der Patient ist seit 4 Jahren erkrankt. Befallen ist praktisch der ganze Körper, einschließlich des behaarten Kopfes, der Handteller, Fußsohlen und der Mundschleimhaut. Am stärksten befallen sind der Stamm, davon insbesondere der Rücken, die Arme, weniger die Beine und ohne Bevor-

zugung einer bestimmten Lokalisation. An den Unterarmen und an der Streckseite des linken Mittelfingers (Mittelglied) und am rechten Zeigefinger (Grundglied) pralle Blasenbildungen mit teils klarem, teils getrübtem Inhalt. Im übrigen wird die Hautdecke von zahlreichen, disseminiert stehenden, etwa fingernagelgroßen Erosionen mit randständigen Blasenresten eingenommen. Teilweise sind diese erodierten Flächen von Blutkrusten bedeckt und mehr oder weniger in Abheilung begriffen. Neben diesen frischeren Veränderungen sieht man zahlreiche, sehr dicht stehende livide und atrophische Veränderungen mit Hyper- und Depigmentation. An der Uvula und im Bereich des vorderen linken Gaumenbogens sieht man stecknadelkopf- bis linsengroße Bläschen mit teilweise hämorrhagischem Inhalt. Beiderseits axillar und inguinal palpiert man bis kirschgroße, derbe, nicht verschiebliche druckschmerzhafte Lymphknoten.

10 Tage nach der Aufnahme an der Mundschleimhaut erneuter Schub von kleinen Bläschen, die an der Uvula, den seitlichen Zungenrändern und der Wangenschleimhaut lokalisiert sind. Nach weiteren 6 Wochen an der Mundschleimhaut nur noch höchst selten Effloreszenzen. Es finden sich an der Zungenspitze 2 unregelmäßig längliche Erosionen, die gelblich - speckig belegt sind.

(3) M., Maria, 68 jährig (Kr. Bl. Nr. 56 / 1227)
Die Patientin war in den vergangenen Jahren wiederholt in stationärer Behandlung, es war jedoch nie eine Mundschleimhautbeteiligung zu beobachten. Z. Zt. ein erneuter Schub.

9. 7. An der Mitte der Unterlippenschleimhaut findet sich eine über kirschkerngroße Bulla mit einer derben Blasendecke, die nach Ablösung blutet.

17.7. Die Bulla an der Lippenschleimhaut ist abgeheilt. Am Kopf und an den Extremitäten neue gruppierte Papeln, Bläschen und kleinfleckige Erytheme.

(4) H., Johann, 76 jährig (Kr. Bl. Nr. 56/700)

4.4. Stationäre Aufnahme. Die gesamte Körperdecke ist befallen. Die Mundschleimhaut ist frei.

23.4. In der rechten Wangenschleimhaut finden sich 2 hämorrhagische Blasen.

24.4 Die oben beschriebenen Blasen sind geplatzt. In der Mundschleimhaut links jetzt gleichartige Blasen mit hämorrhagischer Note.

(5) F., Eduard, 45 jährig (Kr. Bl. Nr. 57/474)

Befallen sind der Kopf, der Stamm und die Extremitäten. Die stärksten Veränderungen finden sich an den Armen, die flächenhafte und fleckförmige Erytheme ohne Bevorzugung einer besonderen Partie aufweisen. Die Erytheme sind scharf begrenzt und sind übersät von erbs- bis kirschgroßen Blasen mit wässrigem Inhalt. Ganz vereinzelte Blasen finden sich auf anscheinend unveränderter Haut. Die Ellenbeugen sind nur ganz gering befallen. Auf der Schulterpartie sieht man ähnliche Veränderungen, jedoch nicht so ausgedehnt und mit weniger Blasen besetzt. Die Erytheme sind hell- bis frischrot. Deutlicher Befall der Brust und oberen Thoraxpartie. Am Rücken sind die seitlichen Partien symmetrisch befallen. Hier stehen die linsen- bis münzengroßen Erytheme und Papeln im Vordergrund, die teilweise gruppiert angeordnet sind und vereinzelt mit linsengroßen Blasen besetzt sind. Gleichartige Veränderungen in der Gesäßpartie bds. Am Unterbauch nur ganz vereinzelte Veränderungen. Genitale frei, ebenso der Am-

putationsstumpf des rechten Beines. Am linken Bein ist im wesentlichen die Innenseite des Oberschenkels befallen. Im Vordergrund stehen auch hier Papeln und münzengroße Erytheme. Unterschenkel und linker Fuß frei.

Am rechten Gaumenboden findet sich ein etwa pfennig-großes Erythem mit fragl. zentralen Blasenresten. Im Gesicht finden sich derartige Veränderungen vor allem an der Stirnhaargrenze und an den seitlichen unteren Wangenpartien. Nikolskysches Phänomen negativ.

13. 2. Stationäre Aufnahme.

23. 2. Gruppierte Knötchen und speckige Durchfeuchtung am weichen Gaumen.

24. 2. Neuer ausgedehnter Blasenschub. Blase am weichen Gaumen.

28. 2. In der Mundhöhle sind keine neuen Blasen aufgetreten.

(6) K., Martin, 31 jährig (Kr. Bl. Nr. 53/1177).

Im Juni 1945 hatte der Patient in Gefangenschaft zum ersten Male eine Hautveränderung mit kleinen Bläschen. 1946 wurde der Patient in einem französischen Lazarett wegen der gleichen Erkrankung behandelt.

Jetzt bestehen seit 4 Wochen an den Unterarmen, Rumpf und Beinen juckende Hautveränderungen mit Blasen.

Befund: Es besteht eine symmetrische gruppenförmige Anordnung von Bläschen (einige bis kleinerbsengroß) an den Streckseiten der Vorderarme, Unterschenkel, an den seitlichen Rumpfpartien, über den Schulterblättern und am Genitale.

In der Mundhöhle finden sich an der Wangenschleimhaut einige erodierte Blasenreste.

ZUSAMMENFASSUNG.

Duhring erwähnte bei seiner Beschreibung der Dermatitis herpetiformis keine Mundschleimhautbeteiligung. Brocq wies diese Möglichkeit erstmals nach, und in der Folgezeit wurde sie von mehreren Autoren bestätigt. Auf Grund der in der Literatur veröffentlichten Beobachtungen ließ sich eine Mundschleimhautbeteiligung von 7. 86 % feststellen. Die Effloreszenzen bestehen primär fast ausschließlich aus Blasen, die oft die Neigung haben in kurzer Zeit spontan abzuheilen.

Die Mundschleimhautveränderungen können an jeder Stelle der Mundhöhle auftreten, die häufigste Lokalisation ist an der Schleimhaut des Gaumens, der Zunge und der Wange.

Eine Mundschleimhautbeteiligung dieser Dermatose kann in jedem Alter beobachtet werden, wobei jedoch die hohen Lebensalter eine relativ große Disposition dafür aufweisen. Die Mundschleimhaut ist in keinem Fall isoliert erkrankt, jedoch können die Mundschleimhautveränderungen den Erscheinungen der Haut um längere Zeit vorausgehen. Bei fast 3/4 der Beobachtungen trat eine Mundschleimhautbeteiligung erst nach dem Ausbruch der Hauterscheinungen auf.

Die Mundschleimhautveränderungen lassen klinisch - außer der durch die subepidermale Lage der Blasen bedingten derben Blasendekke - keinerlei Unterschied gegenüber denen bei Pemphigus chronicus vulgaris erkennen. Eine Diagnosestellung wird hierdurch erschwert.

Den histologischen und zytologischen Untersuchungen (Tzanck-Test) kommt für die Differentialdiagnose eine hohe Bedeutung zu.

Herrn Professor Dr. med. H. Schuermann sage ich für die freundliche Überlassung des Themas und für die Hinweise bei der Zusammenstellung der Arbeit meinen aufrichtigen Dank.

Herrn Privatdozenten Dr. med. W. Hauser danke ich für die mir erwiesene Unterstützung.

LITERATURVERZEICHNIS.

AOKI, T. : Dermatitis herpetiformis. Japan. J. of Dermat. and Urol. 26, Nr. 2, S. 10-11 (1926). Ref. Zbl. Hautkrh. 21, S. 69 (1926).

BATZNER, J. : Vergleichende Untersuchungen über die Altersverteilung der Pemphigus chronicus-Gruppe, der akuten und chronischen Verlaufsformen des Lupus erythematodes, des sog. Libman-Sacks-Syndroms und des Senear-Usher Syndroms. Diss. Würzburg (1952).

BEEK, C. H. : Die Differentialdiagnose von Pemphigus chronicus vulgaris und Dermatitis herpetiformis. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1950, S. 1446-1450. Ref. Zbl. Hautkrh. 77, S. 55 (1951/52).

BEEK, C. H. : Zur Kenntnis der atypischen Fälle bei Dermatitis herpetiformis. Dermatologica (Basel), 84, S. 70-74 (1941).

BEERMAN, H. and GIBSON, T. E. : Dermatitis herpetiformis. Arch. of Dermat. 57, S. 421 (1948).

BOGDANOVIČ, S. : Zur Frage der Dermatitis herpetiformis Duhring bei Kindern. Sovet. Vestn. Venerol. i. Dermat. 1, Nr. 3, S. 13-18 (1932). Ref. Zbl. Hautkrh. 42, S. 468 (1932).

BROCQ, L. : Über die Dermatitis herpetiformis von Duhring. Monatshefte f. prakt. Dermat. (1888), Bd. VII/2, S. 625-635, S. 687-694, S. 841-857. Bd. VIII/1, (1889) S. 172-177, S. 224-235, S. 263-279, S. 410-417, S. 463-472, S. 506-521.

BUNCH, J. L. : Dermatitis herpetiformis. Brit. J. of Dermat. Aug. 1912, S. 311.

CHORĄŻAK : Morbus Duhring cum pigmentatione mucosae oris. Lemberger Dermatol. Ges. 8. 9. 1938. Ref. Zbl. Hautkrh. 61, S. 624 (1939).

CIVATTE, A. : Diagnostic Histopathologique de la Dermatite Polymorphe Douloureuse ou Maladie de Duhring-Brocq. Ann. de Dermat. 3, S. 1-30 (1943).

DAHMEN : Dermatitis herpetiformis. Verein Dresdener Dermatologen 7. 10. 1931. Ref. Zbl. Hautkrh. Bd. 39, S. 738 (1932).

DARIER, J. : Pemphigus récidivant, Dermatite de Duhring ou Dermatite polymorphe (Brocq). Précis de Dermatologie. Editeurs: Masson et Cie, Paris, (1923), S. 206-212.

DARIER, J.
CIVATTE, A.
TZANCK, A. : Dermatitis herpetiformis Duhring. Dermatologie (Précis de dermatologie/Deutsch/). Med. Verlag H. Huber, Bern (1949), S. 183-189.

DELMOTTE, A. : Lokalisierte Dermatitis herpetiformis Duhring-Brocq. Arch. belg. Dermat. 8, S. 145 (1952). Ref. Zbl. Hautkrh. 83, S. 284 (1953).

DESAUX, A. et
BOUTELIER, A. : Dermatites polymorphes douloureuses de L. Brocq. Manuel Pratique De Dermatologie. Editeurs: Masson et Cie (1932), S. 282-288.

DIRECTOR, W. : Pemphigus vulgaris. Arch. of Dermat. 65, S. 155-169, (1952).

DOSTROVSKY, A.,
GUREVITCH, I.,
UNGAR, H. : On the Question of the Aetiology of Pemphigus vulgaris and Dermatitis herpetiformis (Duhring's Disease). A Clinical Experimental Study. Brit. J. of Dermat. 50, S. 412-435, (1938).

DUHRING, L. A. : Über die Diagnose der Dermatitis herpetiformis. Monatsh. f. prakt. Dermat. Bd. VII/1, S. 158-173, (1888).

FORMAN, L. : Erythematöser Typ von Pemphigus. Ausspr. Twiston-Davies. Proc. roy. Soc. Med. 30, S. 369, (1937). Ref. Zbl. Hautkrh. 56, S. 537, (1937).

FOX, C.
FOX, T. : Zitiert bei Darier, J., Civatte, A., Tzanck, A. (siehe dort).

FRIEDMANN, M. : Zur Dermatitis herpetiformis Frage. Arch. f. Dermat. 159, S. 86-99, (1930).

GABRIEL : Dermatitis herpetiformis Duhring. Österr. Dermat. Ges. 20.12.1952. Ref. Zbl. Hautkrh. 85, S. 243, (1953).

GASSER, H. : Pemphigus chronicus (vulgaris, vegetans et foliaceus) der Mundschleimhaut und der Lippen. Diss. Würzburg(1952).

GONZÁLEZ, CALVO, SANDALIO : Schwere pemphiginöse Art der Duhring-Brocqschen Hauterkrankung, geheilt durch Dagénan. Actas dermosifiliogr. 33, S. 355-361, (1942). Ref. Zbl. Hautkrh. 69, S. 285, (1943).

GOODMAN, M. H. : Dermatitis herpetiformis. Arch. of Dermat. 43, S. 248-256, (1941).

GOODMAN, M. H. : Bullous Dermatitis herpetiformis. Arch. of Dermat. 46, S. 218-224, (1942)

GOUGEROT, P. BLUM, FRUMUSAN : Schleimhautlokalisation der Duhring-Brocqschen Dermatitis herpetiformis im Ösophagus. Bull. Soc. franç. Dermat. 43, Nr. 4, S. 721-724, (1936). Ref. Zbl. Hautkrh. 54, S. 663, (1937) u. 55, S. 441, (1937).

GOUGEROT, H. : Formes minimae de la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Duhring. Formes cutanées ou muqueuses ou cutanéomuqueuses uni - ou bi-bulleuses. Bull. Soc. franç. Dermat. 37, Nr. 8, S. 1166-1168, (1930).

GREGORIO, E., de : Betrachtungen über einen Fall von schmerzhafter, vielgestaltiger Duhring-Brocqscher Hauterkrankung. Actas dermosifiliogr. 41, S. 205-212, (1949). Ref. Zbl. Hautkrh. 77, S. 55, (1951/52).

GROUVEN, C. : Klin. Umfrage: Welches ist der schließliche Ausgang der Duhringschen Krankheit? Dermat. Wschr. 100, S. 22, (1935).

HALLOPEAU-BRODIER : s. Tschopp, W.

HARE, P. J. : Dermatitis herpetiformis mit Erscheinungen an den Augen. Proc. roy. Soc. Med. 42, S. 573-574, (1949). Ref. Zbl. Hautkrh. 74, S. 416, (1950).

HAUSER, W. : Zur Diagnose des Pemphigus chronicus vulgaris, insbesondere bei isoliertem Befall der Mundschleimhaut. DZZ (1954), H. 4.

HÄMEL, J. : Dermatitis herpetiformis bei einem 47 jährigen Mann. Deutsche Med. -Wissensch. Ges. f. Dermat. u. Venerol. in Thüringen, 14. 2. 1953. Ref. Dermat. Wschr. 129, S. 41, (1954/I).

HERMANS, E. H. SCHOKKING, C. PH. : Morbus Duhring mit Schleimhautbeteiligung. Nederl. Tijdschr. Geneesk. (1934), S. 843-844. Ref. Zbl. Hautkrh. 48, S. 207 (1934).

HUET, LÉON, HOROWITZ und LOTTE : Bemerkenswerter Erfolg intravenöser Strontiumbromidinjektionen bei einem Falle von Dermatitis herpetiformis, der zudem Munderscheinungen mit konsekutiven Schleimhautpigmentierungen aufwies. Bull. Soc. franç. Dermat. 35, Nr. 3, S. 219-221, (1928). Ref. Zbl. Hautkrh. 27, S. 779, (1928).

JORDAN, A. : Bemerkung zur Umfrage: Welches ist der schließliche Ausgang der Dermatitis herpetiformis? Dermat. Wschr. 100, S. 184, (1935).

JOSSEL, B. : Dermatitis herpetiformis Duhring mit Hinterlassung von Narben. Dermat. Wschr. 93, S. 1368-1372, (1931).

KÁROLYI : Dermatitis herpetiformis. Ungar. Dermat. Ges. 11. 2. 1938. Ref. Zbl. Hautkrh. 60, S. 476, (1938).

KEMPER, A. : Die Bedeutung cytologischer Untersuchungen für die Differentialdiagnose bullöser Hauterkrankungen. Dermat. Wschr. 127, S. 97-104, (1953).

KLAUDER, J. V. : Generalized Dermatitis herpetiformis with mucous membrane involvement. Arch. of Dermat. 50, S. 353, (1944).

KRZYSZTALOWICZ, FR. u. MARJAN GRZYBOWSKI : Zur Duhringschen Krankheit. Przeglad dermatol. 22, Nr. 4, S. 432-478, (1927). Ref. Arch. f. Dermat. 154, H. 1, S. 121-133, (1928). Ref. Zbl. Hautkrh. 26, S. 582, (1928).

KUMER, L. : Dermatitis herpetiformis Duhring, in: Die Haut- und Geschlechtskrankheiten von Arzt-Zieler. Bd. III, Verlag: Urban und Schwarzenberg, Berlin - Wien, (1934), S. 414-431.

LOMHOLT, ESBERN : Ein Fall von Dermatitis herpetiformis. Dermat. Wschr. 98, S. 394-399, (1934).

LUTZ, W. : Pathogenese und Ätiologie der Pemphigusgruppe. Ausspr. Miescher. Dermat. Wschr. 106, S. 224, (1938).

MacLEOD, J.M.H. : The Pemphigoid Eruptions. Brit. J. of Dermat. 27, S. 201-226, (1915).

MEIROWSKY : Dermatitis herpetiformis. Kölner Dermat. Ges. 25.6.1926. Ref. Zbl. Hautkrh. 21, S. 397, (1927).

MEŠČERSKI : s. Prokopčuk

MIESCHER : s. Lutz

MINAMI, SEIGO und HEIHACHIRO TAMURA : Über einen dem Pemphigus vulgaris ähnlichen Fall von Dermatitis herpetiformis Duhring. Hifu - to - Hitsunio 1, H. 1,dtsche. Zusammenfassung S. 4-5, (1923). Ref. Zbl. Hautkrh. 45, S. 332, (1933).

NAEGELI, O. : Leukokeratotische Veränderungen der Mundschleimhaut bei Dermatitis herpetiformis Duhring. 11. Kongr. d. Schweizer Dermato-Venerologen, 28.-29.5.1927. Ref. Zbl. Hautkrh. 28, S. 246, (1929).

NICOLAS, J. LEBEUF, F. MICHEL, P. : Duhring-Brocqsche Krankheit mit Beginn in der Mund- und Kehlkopfschleimhaut. Bull. Soc. franç. Dermat. 37, Nr. 1, S. 26-27, (1930). Ref. Zbl. Hautkrh. 34, S. 576, (1930).

NOBL : Dermatitis herpetiformis Duhring. Österr. Dermat. Ges. Sitzg. 16.5.1935. Ref. Zbl. Hautkrh. 52, S. 279, (1936).

NODET : Zitiert bei Darier, J., Civatte, A., Tzanck, A. (siehe dort).

O'LEARY : s. Senear

O'LEARY, A.
MONTGOMERY, H.
BRUNSTING, L.A. : Dermatitis herpetiformis. Arch. of Dermat. 41, S. 755, (1940).

OSTROWSKI : Dermatitis herpetiformis Duhring. Lemberger Dermat. Ges. 18.9.1930. Ref. Zbl. Hautkrh. 36, S. 276, (1931).

PELLERAT, J.
COLOMB, D. : Morbus Duhring - Brocq, Hauptsymptom: Lymphatische Leukämie. Bull. Soc. franç. Dermat. 58, S. 170, (1951). Ref. Dermat. Wschr. 126, S. 1081, (1952/II).

PREBEN HANSEN : Über die Prognose bei Dermatitis herpetiformis. Acta Dermato - Vener. 18, S. 452-461, (1937).

PROKOPČUK : Isolierter Pemphigus vulgaris der Schleimhäute. Ausspr. Mesčerski. Moskauer Venerol.-Dermatol. Sitzg. 4.3.1926. Ref. Zbl. Hautkrh. 26, S. 38, (1928).

RABELLO, F.E.
PORTUGAL, H.
AZULAY, R.D. : Klinische Beobachtungen und histologische und biologische Untersuchungen an den Blasen der Pemphigusgruppe. Arch. belg. Dermat. 5, S. 279-280, (1949). Ref. Zbl. Hautkrh. 76, S. 264, (1951).

RIECKE, E. : Dermatitis herpetiformis, in Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn, Bd. VII/2. Verlag: J. Springer, Berlin, (1931). S. 549-637.

SCHEER, M. : A case for diagnosis (Dermatitis herpetiformis?). Arch. of Dermat. 39, S. 588, (1939).

SCHUERMANN, H. : Krankheiten der Mundschleimhaut und der Lippen. Verlag Urban und Schwarzenberg, München und Berlin (1955), S. 53-55.

SENEAR, F.E. : Chronic Pemphigus vulgaris. Ausspr. O'Lear Arch. of Dermat. 65, S. 434, (1952).

SÉZARY, MASCHAS : Duhringsche Krankheit mit Depigmentierung. Bull. Soc. franç. Dermat. 44, Nr. 9, S. 1983-1984, (1937). Ref. Zbl. Hautkrh. 59, S. 151, (1938).

SÉZARY, A.
GUÉDÉ, M.
DÉROT, M. : Botryomykose der Mundhöhle auf Geschwüren bei Dermatitis herpetiformis. Bull. Soc. franç. Dermat. 36, Nr. 8, S. 1024, (1929). Ref. Zbl. Hautkrh. 33, S. 361, (1930).

STÜHMER, A. : Dermatitis herpetiformis, in: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von E. Riecke, Verlag: G. Fischer, Jena (1931). S. 248-253.

TSCHOPP, W. : Zur Frage der Dermatitis herpetiformis vegetans. Acta dermato-vener. (Stockholm). 12, S. 352-371, (1931).

TWISTON-DAVIES : s. Forman

TZANCK, A.
MEYER, B. : Duhring-Brocqsche Krankheit, behandelt mit Aureomycin. Bull. Soc. franç. Dermat. 56, S. 431-432, (1949). Ref. Zbl. Hautkrh. 76, S. 50, (1951).

TZANCK, A. : Le Diagnostic Immédiat En Dermatologie. Ann. de Dermat. 8, S. 205-218, (1948)

VIDAL : s. Brocq.

WATRIN, J.
JEANDIDIER, P. : Sur Douze Cas De Maladie De Dühring. Ann. de Dermat. 78, S. 551-565, (1951).

WEBER : s. Brocq.

WEISSENBACH, R. J.
BOUWENS, G. : Dermatitis polymorpha dolorosa bei einem 89 jähr. Mann. Bull. Soc. franç. Dermat. 44, Nr. 9, S. 2099-2101, (1937). Ref. Zbl. Hautkrh. 59, S. 151, (1938).

WELSH, A. L. : A Diagnostic Test for Distinguishing Pemphigus, Dermatitis herpetiformis, Disseminate Lupus Erythematosus and Erythema Multiforme Exsudativum. J. of Invest. Dermat. 11, S. 19-48, (1948).

WILLBRAND, L. : Nachuntersuchungen über Dermatitis herpetiformis Duhring. Dermat. Wschr. 94, S. 856-861, (1932).

WINER, L. H.; LIPSCHULTZ, C. E. : Comparative Study of Histology and Cytology in Vesiculating Eruptions. Arch. of Dermat. 65, S. 270-290, (1952).

WORINGER, F. : Das Nikolskysche Zeichen. VII. Congr. des Dermatol. et Syphiligraphes de Langue Française. Bruxelles-Liège, 21. - 23. IV. 1949. Arch. belg. Dermat. 5, S. 279, (1949). Ref. Zbl. Hautkrh. 76, S. 265, (1951).

LEBENSLAUF.

Am 21. September 1930 wurde ich in Gundelfingen/Donau als Sohn des Zahnarztes Anton Boegner und seiner Ehefrau Emma, geb. Müller, geboren.

Ab Ostern 1937 besuchte ich die Volksschule in Gundelfingen/Donau und trat im September 1941 in die Oberschule in Günzburg ein, der ich bis zum Kriegsende angehörte.

Vom Januar 1946 bis Juli 1949 war ich Schüler der Oberschule i. Abb. in Dillingen/Donau, und vom September 1949 besuchte ich die Oberrealschule in Neu-Ulm, in der ich im Juli 1952 die Reifeprüfung ablegte.

Im Wintersemester 1952/53 immatrikulierte ich mich als Student der Zahnmedizin an der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Meine zahnärztliche Vorprüfung bestand ich im Juli 1954. Im Mai 1957 legte ich das zahnärztliche Staatsexamen ab. Seit Sommer 1955 war ich mit der Fertigstellung dieser Arbeit beschäftigt.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig verfaßt und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Siegfried Boegner

RUDOLF BAEHR DRUCK- UND WERBETECHNIK
WÜRZBURG KOLPFSTEINSTR. 5